

Bundessozialgericht
Pressestelle
Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel
Telefon: +49 (0)561 3107 460
Telefax: +49 (0)561 3107 474
E-Mail: pressestelle@bsg.bund.de
Internet: www.bundessozialgericht.de

Kassel, den 20. Oktober 2023

Terminbericht Nummer 41/23
(zur Terminvorschau Nr. 41/23)

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts berichtet über seine Sitzung vom 19. Oktober 2023 in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung.

1) **11.00 Uhr**
B 1 KR 8/23 R

S. Klinik GmbH ./. AOK Rheinland/Hamburg

Verfahrensgang:
Sozialgericht Düsseldorf, S 30 KR 1356/22 KH, 12.01.2023

Die Revision der Krankenkasse hatte keinen Erfolg. Das Sozialgericht hat der Klage des Krankenhauses zu Recht stattgegeben.

Ob der Bescheid insgesamt formell rechtmäßig war, bedarf keiner abschließenden Klärung, da die Krankenkasse keine Aufschlagszahlung hätte erheben dürfen. Eine formelle Rechtswidrigkeit ergibt sich jedenfalls weder aus der zunächst unterbliebenen Anhörung noch aus dem Umfang der Begründung im Bescheid. Die Krankenkasse hat die Aufschlagserhebung hinreichend begründet (*§ 35 Absatz 1 Satz 2 SGB X*). Das Krankenhaus verfügt über die nötige Sachkunde zum Verständnis des Bescheides. Die vor Erlass des Bescheides unterbliebene Anhörung war zwar nicht entbehrlich. Bescheide über Aufschlagszahlungen sind keine schematischen oder formularmäßigen Entscheidungen (*§ 24 Absatz 2 Nummer 4 SGB X*). Die Anhörung ist aber im Widerspruchsverfahren nachgeholt worden. Das Krankenhaus hatte hinreichende Gelegenheit zur Darlegung seiner abweichenden Rechtsauffassung zum zeitlichen Anwendungsbereich der Aufschlagszahlungen.

Die Erhebung der Aufschlagszahlung erfolgte allerdings materiell zu Unrecht: Nach § 275c Absatz 3 Satz 1 SGB V haben die Krankenhäuser ab dem Jahr 2022 neben der Rückzahlung der Rechnungsdifferenz einen Aufschlag an die Krankenkassen zu zahlen. Das Tatbestandsmerkmal "ab dem Jahr 2022" knüpft - entgegen der Rechtsauffassung der Krankenkasse - nicht an das Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse an, sondern an den Zeitpunkt der Einleitung der Rechnungsprüfung, der sich nach außen durch die Beauftragung des Medizinischen Dienstes manifestiert. Dieser Zeitpunkt lag hier vor dem 1. Januar 2022.

Bei offenem Wortlaut der Vorschrift folgt dies bereits aus systematischen Gründen: In den Absätzen 2 und 3 des § 275c SGB V hat der Gesetzgeber einen systematischen Zusammenhang zwischen Rechnungsprüfung, Prüfquote für das Krankenhaus und Aufschlagszahlung hergestellt. Die Berechnung des Aufschlags erfolgt nach der ab 1. Januar 2022 geltenden quartalsbezogenen Prüfquote des Krankenhauses (*§ 275c Absatz 3 Satz 2 SGB V*). Im Gegensatz zur ursprünglichen Fassung besteht in der maßgeblichen Fassung (vom 20. Dezember 2020) keine eigene Berechnungsregel für Zeiträume mit festen, nicht quartalsbezogenen Prüfquoten mehr, die in den Jahren 2020 und 2021 galten. Von Aufschlägen können daher nur solche Prüfungen betroffen sein, die ab 1. Januar 2022 innerhalb quartalsbezogener Prüfquoten durchgeführt wurden. Für die

Zuordnung der Prüfung zur Prüfquote ist der Zeitpunkt der Einleitung der Prüfung maßgeblich (*§ 275c Absatz 2 Satz 3 SGB V*). Für die Erhebung der Aufschlagszahlung ist deshalb aus systematischen Gründen ebenfalls auf diesen Zeitpunkt abzustellen.

Dies steht auch im Einklang mit der Entstehungsgeschichte und dem Zweck des § 275c Absatz 3 SGB V. Mit der Einführung von Prüfquoten und Aufschlagszahlungen im Rahmen des MDK-Reformgesetzes hat der Gesetzgeber eine Anreizwirkung für die Krankenhäuser zur regelkonformen Rechnungsstellung bewirken wollen. Im Zuge der COVID-19-Pandemie hat der Gesetzgeber den Beginn von quartalsbezogener Prüfquote und Aufschlagszahlung auf 2022 verschoben und die Verschiebung mit den pandemiebedingten Belastungen und Liquiditätsengpässen der Krankenhäuser begründet. Diesem Zweck würde eine nachträgliche Erhebung von Aufschlägen für vor dem 1. Januar 2022 begonnene Prüfungen von Rechnungen der Jahre 2020 und 2021 zuwiderlaufen. Die bezweckte Anreizwirkung kann bei diesen Prüfungen ohnehin nicht mehr erreicht werden.

2) **11.00 Uhr**
B 1 KR 9/23 R

Stiftung E. Krankenhaus ./. AOK Rheinland/Hamburg

Verfahrensgang:
Sozialgericht Düsseldorf, S 30 KR 1413/22, 12.01.2023

Die beklagte Krankenkasse hat die Revision nach Mitteilung der wesentlichen Entscheidungsgründe in dem Parallelverfahren B 1 KR 8/23 R zurückgenommen.

3) **11.00 Uhr**
B 1 KR 11/23 R

Klinikum K. GmbH ./. Betriebskrankenkasse Herkules

Verfahrensgang:
Sozialgericht Kassel, S 14 KR 221/22, 27.03.2023

Die beklagte Krankenkasse hat nach Mitteilung der wesentlichen Entscheidungsgründe in dem Parallelverfahren B 1 KR 8/23 R ein Anerkenntnis abgegeben.

4) **13.00 Uhr**
B 1 KR 22/22 R

G.Z. ./. Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz

Verfahrensgang:
Sozialgericht Mainz, S 14 KR 35/18, 25.09.2019
Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, L 5 KR 224/19, 03.02.2022

Die Revision des Klägers hatte keinen Erfolg. Das Landessozialgericht hat seine Berufung zu Recht zurückgewiesen. Die Amtsenthebung des Klägers vom Posten des Geschäftsführers des (ehemaligen) Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) durch den Verwaltungsrat ist rechtmäßig erfolgt. Der Kläger hat in grober Weise vorsätzlich gegen seine Amtspflichten als Geschäftsführer verstoßen.

Die Ermächtigung und die Zuständigkeit des Verwaltungsrates für die durch Verwaltungsakt erfolgte Amtsenthebung ergeben sich aus § 280 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V alte Fassung in Verbindung mit § 279 Absatz 6 SGB V alte Fassung in Verbindung mit § 59 Absatz 3 Satz 1 SGB

IV. Danach hat der Verwaltungsrat den Geschäftsführer durch Beschluss seines Amtes zu entheben, wenn er in grober Weise gegen seine Amtspflichten verstößt. Der Kläger hat unter Zugrundelegung der bindenden Feststellungen des Landessozialgerichts unter Missachtung der beamtenrechtlichen Regelungen die Gewährung von zu vielen und teils überhöhten Leistungsprämien an Beamte mitverantwortet und dadurch einen erheblichen finanziellen Schaden verursacht. Dieser Amtspflichtverstoß ist für sich genommen bereits als grob zu werten und begründet verpflichtend die Amtsenthebung des Klägers. Insofern kann dahinstehen, ob auch die Feststellungen des Landessozialgerichts zu den von ihm darüber hinaus angenommenen Pflichtverletzungen und zu der vom Landessozialgericht vorgenommenen Gesamtbetrachtung tragen. Denn der Kläger hat trotz Hinweises des Landesprüfdienstes auf die Rechtswidrigkeit die Gewährung der Leistungsprämien an Beamte über Jahre fortgesetzt. Der Kläger ist als Geschäftsführer dafür verantwortlich, dass die beamtenrechtlichen Vorschriften eingehalten werden. Durch seine Verhaltensweise hat er in erheblichem Maße gegen besoldungsrechtliche Vorschriften sowie die Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit verstoßen. Entgegen der Ansicht des Klägers tragen die Feststellungen des Landessozialgerichts auch die subjektive Vorwerfbarkeit. Das Landessozialgericht hat im Zusammenhang mit dem Bericht des Landesprüfdienstes 2007 für den Senat bindend festgestellt, der Kläger habe spätestens zu diesem Zeitpunkt gewusst, dass die beamtenrechtlichen Vorschriften bei der Zahlung von Leistungsprämien zu beachten sind. Er habe sich darüber hinweggesetzt und die “Leistungszulagen“ als “innovativ und fortschrittlich“ bezeichnet.

Weder ein Entlastungsbeschluss des Kontrollorgans noch das bloße (passive) Nichteinschreiten der Aufsichtsbehörde führen zu einem abweichenden Ergebnis. Eine grobe Pflichtverletzung entfällt auch nicht deshalb, weil andere Beteiligte möglicherweise selbst grobe Pflichtverstöße begangen haben. Die Amtsenthebung ist eine gebundene Entscheidung. Der Verwaltungsrat hatte insofern kein Ermessen.

Die Amtsenthebung ist auch formell rechtmäßig erfolgt. Der Beklagte hat insbesondere nicht gegen den in § 63 Absatz 3 Satz 2 SGB IV in Verbindung mit § 279 Absatz 6 SGB V alte Fassung verankerten Öffentlichkeitsgrundsatz verstoßen, obwohl der Verwaltungsrat in nichtöffentlicher Sitzung tagte. Bei der Amtsenthebung eines Geschäftsführers eines MDK aufgrund eines groben Amtspflichtverstoßes handelt es sich um eine personelle Angelegenheit, bei der die Öffentlichkeit von Gesetzes wegen ausgeschlossen ist. Dies gilt sowohl für die Beratung des Verwaltungsrats als auch für die sich daran anschließende Beschlussfassung.

5) **14.30 Uhr**
B 1 KR 16/22 R

N.N. ./. Techniker Krankenkasse

Verfahrensgang:
Sozialgericht Mannheim, S 4 KR 3011/20, 14.04.2021
Landessozialgericht Baden-Württemberg, L 5 KR 1811/21, 29.06.2022

Die Revision der klagenden Person hatte keinen Erfolg. Sie hat gegen ihre Krankenkasse keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine operative Brustentfernung (Mastektomie).

Die Mastektomie zur Behandlung eines durch eine Geschlechtsinkongruenz verursachten Leidensdrucks ist Bestandteil einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode im Sinne des § 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V. Es fehlt an einer Anerkennung des therapeutischen Nutzens der neuen Methode durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA).

Die bisherige Rechtsprechung des Senats zu sogenannten Transsexuellen beruhte auf der Angleichung an klar abgrenzbare weibliche und männliche (binäre) Erscheinungsbilder, bei denen das Behandlungsziel anhand eines im Transsexuellengesetz normativ vorgegebenen, objektiven Maßstabs bewertet werden konnte. Der in der aktuellen S3-Leitlinie wiedergegebene medizinische Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse umfasst demgegenüber ausdrücklich auch non-binäre

Geschlechtsinkongruenzen. Auch das Bundesverfassungsgericht hat geschlechtliche Identitäten, die weder dem weiblichen, noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet sind, anerkannt. Das Behandlungsziel kann hier nicht anhand eines objektiven Maßstabs bestimmt werden. Die Feststellung der Diskrepanz zwischen der Geschlechtsidentität und dem körperlichen Erscheinungsbild erfolgt nach der Leitlinie zunächst durch die Trans-Personen selbst, die dann gemeinsam mit den Behandelnden die Entscheidungen über Notwendigkeit und Reihenfolge der Behandlungsschritte treffen (partizipative Entscheidungsfindung). Hiervon sind neben der Diagnosestellung auch die einzelnen Bestandteile der Behandlung erfasst, wie etwa Hormonbehandlung, Epilation, Hilfsmittelversorgung oder Operationen, wie hier die Mastektomie. Dieser therapeutische Prozess weicht methodisch von anderen Behandlungsverfahren ab. Es ist Aufgabe des GBA, zum Schutz der betroffenen Personen vor irreversiblen Fehlentscheidungen die sachgerechte Anwendung der neuen Methode sowie ihre Wirksamkeit und Qualität zu beurteilen. Der Anwendbarkeit des § 135 Absatz 1 SGB V steht nicht entgegen, dass vorliegend um die Kostenerstattung für einen stationären Eingriff gestritten wird. Die hier durchzuführende vertragsärztliche Diagnostik und ihre über den ambulanten Bereich hinausweisende Behandlungsplanung sind untrennbar mit den angedachten stationären Behandlungsmaßnahmen verbunden.

Soweit Behandlungen von bisher als transsexuell bezeichneten Personen bereits begonnen haben, liegt es nahe, dass die Krankenkassen die Kosten bis zum Vorliegen einer Empfehlung des GBA aus Gründen des Vertrauensschutzes wie bisher weiterhin zu übernehmen haben.